

問 診 票

氏 名	所 属						
	生年月日		年齢		性別		
1. 現在の病気等							
①現在の病名			②医師の指示事項				
③既往歴			④アレルギー				
2. 現在の状態							
動 悸		息切れ		不整脈		他の症状	
めまい		耳鳴り		皮膚病			
胸 痛		腰 痛		関節痛			
(注)上記の問診に当てはまるところに「ある」又は「ない」を記載して下さい。							
3. 身体検査							
身長(cm)	体重(kg)	握力(kg)		視 力	血圧 (mmHg)		血液型
		右		右	最高		
		左		左	最低		
4. 緊急時家族への連絡先							
連絡先	所在地又は勤務先名称			氏 名	続柄	電 話 番 号	
①自 宅							
②勤務先							
<p>上記のとおりで、実技訓練等を含む教育訓練には差し支えありません。</p> <p style="text-align: center;">令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: center;">〇〇〇〇消防本部（局）</p> <p style="text-align: center;">消 防（局）長 ○ ○ ○ ○</p> <p style="text-align: center;">[公印省略]</p>							

(注) 個人情報について、教育の目的の範囲内で使用し、その管理は厳重に行います。